1696—34992

32

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1906, à 1 heure

Par **Henri FOURNAL**

DE L'APPENDICOCÈLE

(ÉTUDE RÉTROSPECTIVE)

« ..... Un troisième, attiré vers les recherches bibliographiques, s'attache de préférence au côté historique des questions. C'est en général l'œuvre des jeunes, n'ayant encore qu'une pratique restreinte ».

TILLAUX. *Traité chirurgie clinique.*

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et TERRIER, *professeurs.*
LEPAGE, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26
1906

36670

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

Faible témoignage de profonde affection.

À L'INSPIRATEUR DE MA THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LONGUET

PROFESSEUR A L'ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

Hommage respectueux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN (*in memoriam*).

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

MONSIEUR LE DOCTEUR BALLET

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HÔPITAL BROCA

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR KATZ

CONSULTATION DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL TENON

MONSIEUR LE DOCTEUR JUDET

CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE ROUEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEROY

ASILE DES CONDAMNÉS ALIÉNÉS DE GAILLON

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Dans le présent mémoire, qui n'est qu'une modeste contribution à l'étude d'un chapitre de l'histoire chirurgicale, nous envisageons la question de l'apprendicocèle à un point de vue purement rétrospectif, puisant la matière de notre étude dans les travaux laissés par Morgagni et ses disciples. Les observations que nous avons rassemblées sont de deux sortes. Les plus nombreuses ont trait à des appendicocèles découverts à l'autopsie d'individus porteurs de hernies, et morts soit d'accidents herniaires, soit de toute autre affection ; les autres ont trait à des appendicocèles, trouvés au cours d'interventions pour hernie ; les chirurgiens de l'époque préantiseptique n'intervenaient pas dans le cas de hernie simple, sans accidents; et nos observations d'appendicocèles opérés concernent toutes des cas où l'appendice hernié fut trouvé par hasard au cours d'une opération pour inflammation ou étranglement herniaires ; aussi, avons-nous eu constamment en vue,dans notre travail, ces deux catégories d'observations : les premières nous per-

mettant l'étude anatomique de la hernie vermiale, les autres nous fournissant, outre des indications anatomiques, des renseignements sur les particularités cliniques de la hernie appendiculaire, et sur son mode de traitement chirurgical.

Nous avons, intentionnellement, laissé de côté les appendicocèles observés depuis l'ère listérienne. Avec la découverte bienfaisante de l'antisepsie, la conduite chirurgicale dans l'appendicocèle a changé du tout au tout.

Mais ce sujet mérite une étude spéciale qui sera abordée prochainement par un de nos camarades dans une autre thèse faisant suite à celle-ci.

De la comparaison des deux, ressortira mieux, pensons-nous, la marche du progrès réalisé dans la question de l'appendicocèle, tant au point de vue anatomo-clinique qu'au point de vue thérapeutique.

Il est bien évident que nous n'avons aucunement la prétention de juger la méthode thérapeutique de ceux qui ont apporté les premières données sur ce sujet ; nous nous faisons, au contraire, un devoir de leur rendre un public hommage. Nous ne saurions, en effet, oublier qu'à leur époque les doctrines pastoriennes n'avaient pas encore révolutionné la chirurgie, que c'est au cadavre, seul que les opérateurs croyaient nécessaire d'emprunter la matière première de leur instruction pathologique et technique, et qu'enfin leur méthode opératoire est aujourd'hui encore la seule applicable dans un certain nombre de cas déterminés.

HISTORIQUE

La première hernie de l'appendice iléo-cæcal a été signalée en Italie ; nous en devons l'observation à Morgagni en 1762. Après lui, les disciples du maître, continuant l'œuvre commencée, apportèrent un certain nombre de cas isolés, tous bien étudiés par dissection de pièces fraîches, ou préparation de pièces sèches. Camper publia la première observation en Hollande, vers 1762, Hesselbach la première observation en Allemagne vers 1805 ; Cloquet laissa la première pièce sèche en France vers 1816.

Peu nombreux, ces documents épars furent colligés par Klein en 1868, qui rassemble 53 cas, la plupart d'autopsie, dont 19 seulement concernant la hernie de l'appendice seul.

C'est le premier travail d'ensemble sur ce sujet.

Le deuxième travail d'ensemble est celui de Longuet publié cette année même, 1906, dans le *Progrès médical*, et portant sur 69 observations, dont 29 relatives à des appendicocèles purs, — ensemble de cas, auquel nous n'avons trouvé à ajouter que 12 faits, pour le compléter. Voici la description de l'affection telle qu'elle ressort de l'examen de ces documents.

§ I. — DE L'APPENDICOCÈLE EN GÉNERAL

La hernie de l'appendice vermiforme est une affection rare : ainsi nous relevons que 81 cas depuis la seconde moitié du XVIII[e] siècle, où Morgagni la signala pour la première fois. Il est vrai que, de ce nombre, nous excluons, à dessein, les observations des chirurgiens de l'ère listérienne, qui doivent faire l'objet d'une autre thèse.

Variétés. — Il faut diviser l'appendicocèle en plusieurs variétés selon le « trou de sortie ». Vient en première ligne l'appendicocèle inguinal, puis l'appendicocèle crural, enfin l'appendicocèle ischiatique, le diaphragmatique et l'ombilical, ces trois derniers représentés chacun seulement par une unité.

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique, le prolapsus appendiculaire est parfois congénital (Sandifort). Il s'explique alors par l'étroite connexion, qui, pendant la vie embryonnaire, solidarise le vermium et le testicule. S'il se produit une adhérence entre les deux organes, la glande génitale, lors de sa migration lombo-

scrotale remorque l'appendice jusque dans les parties honteuses externes (Sandifort).

Anatomie pathologique. — Anatomiquement une particularité très importante a fixé l'attention : *c'est l'absence de sac.* On pensait, d'ailleurs, que l'appendice, comme le cœcum, est dépourvu de péritoine sur sa face postérieure. Rien d'étonnant, donc s'il se prolabe en glissant face postérieure première, sans séreuse enveloppante. Le cas d'engainement séreux complet n'est cependant pas impossible. En pareille éventualité, le méso-appendice descend dans la hernie, sous la forme d'adhérence charnue naturelle, cause d'irréductibilité.

Clinique. — L'intérêt clinique de l'appendicocèle est fort restreint, car cette affection est sans histoire n'ayant jamais été reconnue sur le vivant.

Elle s'est manifestée sous trois formes : A) sans complications, simulant alors une hernie banale ; — B) avec complication phlegmoneuse, suivant le classique tableau du phlegmon herniaire ; — C) avec complication d'étranglement, c'est-à-dire avec syndrome habituel de l'occlusion intestinale. Aussi bien, tous les accidents ressortissent à un seul mécanisme physiologique, celui *de l'étranglement vrai* par un anneau fibreux, avec souvent engouement du diverticule vermial par quelque corps étranger, par exemple, un fragment d'os, une arête de poisson.

Traitement. — Du traitement, voici les règles : A) L'appendicocèle n'est pas enflammé ; alors recourez au *taxis*, à la réduction manuelle avec contention par bandage approprié, respectant le testicule ; — B) L'appendicocèle est phlegmoneux. Ici deux conduites rivales sont adop-

tées : l'abstention et l'évacuation sanglante. *L'abstention* vise au refroidissement de la phlogose, par des sangsues et de la glace appliquées *loco dolenti*. *L'évacuation sanglante* se réalise au moyen de la ponction, du séton, ou mieux de la dissection des tissus enflammés. Ainsi l'on évacue le pus, les débris sphacélés, les corps étrangers Le bistouri, la pince à disséquer, la sonde cannelée sont les trois instruments nécessaires à ce travail de détersion, d'excision des lambeaux gangrenés. La dissociation instrumentale crée une route large pour le drainage et l'évacuation des tissus mortifiés. — C) L'appendicocèle est étranglé, sans phénomènes appréciables à la superficie. Ici la *kélotomie* s'impose, une fois constatée l'insuffisance du taxis. Il y a étranglement, donc il faut, par une dissection au bistouri, aidé de la pince et de la sonde cannelée, mettre à nu le collet «comme sur une pièce anatomique». Et par un bistouri spécial dit boutonné, l'agent de l'étranglement sera coupé net. La blessure de l'intestin peut être évitée. La sonde cannelée introduite avant le bistouri garantit des sections dangereuses. En sa rainure la lame tranchante placée dos en arrière, glisse avec sécurité de la profondeur vers la superficie, sans risquer de trancher l'appendice. Ceci fait, on laisse tout en place, sans tenter ni réduction, ni réunion. De la plaie béante, chaque jour vont s'éliminer des écheveaux de tissus nécrosés, dont la dissection a amorcé le premier décollement.

Pronostic. — En dehors de l'étranglement, l'appendicocèle n'est pas d'un pronostic spécialement mauvais. Mais les complications sont de règle. Et compliquée l'affection évolue quasi certainement vers la *mort* avec ou sans

intervention chirurgicale. On doit considérer comme exceptionnelle la guérison complète et comme une issue relativement heureuse l'apparition d'une fistule stercorale.

Autopsie. — Le rôle du chirurgien ne commence pas toujours avec l'éclosion des accidents. Maintes fois l'opérateur n'entre réellement en scène qu'à l'heure ultra tardive de la *nécropsie*. Par exemple, dans l'observation de Hévin, 1842, on lit ceci: « En ouvrant un abcès de l'aine, pris pour un abcès par congestion, on constata l'issue d'un liquide stercoral. Il s'établit là une fistule malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. La mort survint rapidement. Alors M. Maringue, hirurgien du malade, fit l'autopsie et découvrit que l'appendice avait glissé sous le ligament de Falloppe auquel il était adhérent, qu'il s'y était percé, et avait permis l'issue de sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux pendant que les matières solides avaient continué à passer par l'anus. » Un collègue de Maringue, Blut, dans un cas rapporté par Scarpa, fut plus favorisé par les événements : il eut le bonheur inespéré de voir son malade survivre à une dissection des parties herniées en état de putréfaction avancée, et ce n'est que trente-deux ans plus tard, qu'il pratiqua l'autopsie. Tel est le tableau général de l'appendicocèle, tracé par Longuet, d'après les matériaux empruntés aux chirurgiens de l'ère prélistérienne.

Examinons-le maintenant dans le détail en procédant par analyse.

§ II. — L'APPENDICOCÈLE INGUINAL

Étiologie. — Au point de vue *étiologique*, la variété inguinale est, de beaucoup, la plus *commune* ; nous en comptons 69 observations.

Les hommes y sont plus prédisposés que les femmes (quatre cas seulement chez la femme).

Le *côté droit* est le siège d'élection. Dix fois pourtant le vermium sortit par l'orifice inguinal gauche.

Le *jeune âge* semble être une condition favorisante. En effet sur 44 cas où l'âge est consigné, on relève : 19 cas chez des enfants, la plupart en bas âge; 4 cas chez des adolescents ou des jeunes gens; 9 cas chez des individus d'âge moyen ; 12 cas chez des vieillards. Mais les patients observés après 30 ans portaient, depuis longtemps, une hernie silencieuse ; et celle-ci datait, en réalité, des vingt premières années.

Il ne semble pas que l'appendicocèle soit le privilège

de la diathèse polyherniaire, car l'unilatéralité est mentionnée dans toutes les observations, sauf pourtant six où la hernie était bilatérale (nos 2, 13, 16, 23, 24, 32).

Pathogénie. — En ce qui concerne la *pathogénie,* Sandifort a nettement établi la notion de *congénitalité.*

Si nous rangeons dans la catégorie congénitale les malades âgés de moins de 20 ans, nous pouvons admettre que l'appendicocèle inguinal est généralement congénital.

On a vérifié, d'ailleurs, dans certains cas, la persistance partielle ou totale du canal péritonéo-vaginal (nos 38, 39, 40) ; toutefois le testicule était constamment en situation normale au fond des bourses ; sauf pourtant, dans un seul cas où le testicule était ectopié dans l'abdomen (observation n° 35) ; et là, un diverticulum appendu à la partie inférieure de l'enveloppe interne du sac, et séparé de la cavité principale par un bourrelet, semblait représenter la cavité vaginale qui aurait été repoussée en bas par la hernie développée dans le canal inguinal.

Allant plus loin, Sandifort fait intervenir comme cause déterminante une *adhérence fœtale* de l'appendice à la glande génitale. Celle-ci, dans sa descente, entraînerait avec elle le vermium à sa suite. Cette disposition adhésive est, en effet, mentionnée dans les observations de Sandifort et de Schwenke. Dans le cas 58, il y avait adhérence du vermium à l'épididyme ; dans le cas 28, adhérence au cordon ; dans le cas 32, adhérence au fond du sac herniaire ; ailleurs, adhérence intime aux parois vasculaires et, principalement, à la paroi postérieure. Mais ce serait, croyons-nous, une erreur que d'interpréter toutes ces adhérences dans le sens où l'entend Sandifort. « Elles

sont, dit Longuet, à mettre sur le compte d'un travail banal d'appendicite herniaire ; ce sont des adhérences formées après la naissance et souvent causées par les froissements d'un bandage longtemps appliqué. »

Anatomo-pathologie. — Les particularités *anatomiques* déduites des vérifications nécropsiques, se résument à ceci : tout d'abord, il s'agit d'une *hernie extrasacculaire* ; donc, en général, il n'y a pas de sac, ou s'il y a un sac le vermium en est exclu. Ainsi dans le cas 30, appendice et cœcum sont situés en arrière et en dehors du diverticule péritonéal attiré secondairement par le prolapsus de ces viscères. Dans le cas 57, l'appendice est en avant du sac. Dans le cas 58, l'appendice et même le grêle sont dans une hernie en partie extrasacculaire. Souvent la suppuration, la gangrène rendent indéchiffrables les dispositions respectives des organes et du péritoine. Il faut admettre, cependant, au moins à titre exceptionnel, la possibilité du prolapsus vermial en plein sac vagino-péritonéal à la façon d'une anse grêle quelconque, exemple : l'observation 39.

Le contenu est tantôt *l'appendice seul* ; appendicocèle pur (nos 1, 3, 4, 5, 11, 12, 15, 16, 25, 27, 28, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 61, 63, 64, 67) ; et c'est la modalité la plus fréquente ; tantôt l'appendice avec le cœcum entraîné par lui, variété appendiculo-cœcale (nos 26, 39, 45, 51, 54, 62, 68) ; ou l'appendice avec le cœcum et la fin de l'iléon, variété appendiculo-cœco-iléale (nos 2, 24, 30, 31, 32, 34, 59, 65) ; plus rarement l'appendice avec une anse grêle sans cœcum, variété appendiculo-iléale (nos 47, 66) ; ou encore l'appendice avec

épiploon *sans intestin*, variété appendiculo-épiploïque. Enfin dans les cas datant de nombreuses années, on trouve dans une volumineuse hernie, appendice, cœcum, iléon, épiploon ; le tout dans un sac unique ; ou dans deux sacs juxtaposés et dont l'un est spécialement réservé à l'appendice et au cœcum ; ou enfin dans un sac herniaire unique, avec exclusion de l'appendice, ce dernier étant attiré hors de la séreuse. Dans le cas 55 l'appendice fut trouvé enflammé au centre d'un magma épiploïque. Quand l'appendice est extrasacculaire il contamine directement le tissu cellulaire de la fosse iliaque sans péritonite herniaire intermédiaire ; alors l'incision évacuatrice ne saurait être qualifiée de kélotomie, étant comparable seulement à l'incision d'un abcès quelconque.

Dans la migration appendiculaire on peut reconnaître un certain nombre de stades distincts : stade iliaque ou variété rétro-péritonéale (n° 37) ; stade inguinal ou interstitiel (n°s 5, 15) ; stade funiculaire ou inguino-funiculaire, celui-ci le plus fréquemment mentionné ; stade testiculaire dans un canal vagino-péritonéal complètement perméable.

L'état de l'appendice doit être étudié de près. En général, l'organe a été trouvé *enflammé*, ou sphacélé, ou perforé, livrant alors passage à un corps étranger : aiguille (n° 12), os (n° 65), arête de poisson (n° 50), mâchoire de perche (n° 63), noyau de cerise (n° 41).

Mais l'inflammation n'est pas toujours aiguë ; elle peut être subaiguë ou chronique et adhésive, autant de modalités qui correspondent, d'après Longuet, aux formes habituelles de l'appendicite classique iliaque. Il s'agit

souvent d'appendicites herniaires vraies, aiguës ou chroniques, interprétées par les disciples de Morgagni comme lésions d'étranglement avec engouement.

Exceptionnellement l'appendice fut trouvé macroscopiquement sain.

Deux fois l'on fut frappé par sa longueur (nos 4, 43).

Au point de vue de sa direction il s'était engagé rectiligne et vertical dans la hernie. Toutefois dans l'observation 38 il est mentionné recourbé deux fois sur lui-même, et de ce fait fortement enclavé dans le sac.

Clinique. — Au lit du malade l'appendicocèle n'a été reconnu dans aucun cas. Une fois, cependant, Verdier dit l'avoir diagnostiqué sur le vivant ; mais ce fait est sans valeur, n'ayant été vérifié ni par l'opération, ni par la nécropsie.

A l'heure des complications l'affection a simulé deux formes : la forme phlegmoneuse, avec fièvre, et avec douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction inguino-scrotale, suivie de fluctuation, puis d'évacuation sphacélique et de fistule stercoro-purulente ; ou bien la forme d'étranglement sans phénomènes inflammatoires appréciables au dehors, mais avec phénomènes d'occlusion intestinale. Cependant l'arrêt des matières est parfois incomplet, comme dans les pincements latéraux de l'intestin ou dans l'épiploïte herniaire.

Les vomissements fécaloïdes ne sont nettement signalés que dans deux cas ; et dans ces deux cas le grêle était étranglé en même temps que l'appendice. Il arrive que l'appendicocèle se manifeste par l'étranglement d'emblée, la hernie, s'étranglant dès sa première apparition.

Ou bien encore l'appendice est situé si profondément qu'il est cliniquement inaccessible: ainsi dans la variété rétro-péritonéale ou dans la variété inguinale interstitielle. Tous les accidents ressortissant au mécanisme de l'étranglement vrai avec ou sans engouement par corps étranger intra-appendiculaire, on en a conclu à l'indication de contourner l'obstacle ou de le lever par un débridement.

Pronostic. — L'appendicocèle inguinal comporte un *pronostic sérieux*. Il est dans sa destinée de devenir *irréductible* par glissement du méso-appendice, véritable adhérence charnue naturelle. Puis l'étranglement se déclare et les malades tôt ou tard succombent à la *péritonite*, à des accidents *septiques* divers *ou toxiques*. Les terminaisons par *anus contre nature ou fistule* persistante appendiculo-scrotale sont relativement heureuses.

Traitement. — Le traitement mis en usage a donné les résultats suivants :

a). — Dans la hernie vermiale inguinale non compliquée, le taxis suivi de la contention par *bandage* n'a jamais guéri les malades. Dans une seule observation (n° 29) on signale la disparition de la hernie après trois ans de bandage. Mais il n'est pas prouvé qu'il s'agissait bien d'un appendicocèle. Le plus souvent on dit que la pelote correctement et longtemps appliquée n'a pas empêché la tumeur de grossir peu à peu jusqu'à l'heure des complications.

b). — Dans l'appendicocèle inguinal phlegmoneux les deux méthodes en présence ne semblent pas d'égale

valeur. Voici leur bilan réciproque: l'*abstention* avec glace et sangsues a donné, sur quatre cas, trois morts rapprochées (nos 15, 24, 41) et une mort retardée (no 42) le patient ayant finalement succombé à l'hecticité cinq mois après le début des phénomènes inflammatoires scrotaux ; l'*évacuation sanglante* soit par ponction (nos 49 et 67), soit par séton (no 36), soit par dissection et incision (nos 43, 48, 50, 59, 60, 63, 64) a donné, sur dix cas cinq morts rapides et cinq guérisons, mais quelles guérisons ! Dans deux cas il fallut attendre l'élimination de lambeaux sphacélés et d'un os dur tranchant.

Dans un troisième on dut recourir à une nouvelle incision, la première ayant été insuffisante (no 49). Le quatrième cas nécessita une résection partielle de l'appendice quinze jours après la ponction (no 66). Le cinquième de ces malades dut, quelques mois plus tard, subir une appendicectomie scrotale complémentaire par suite de la persistance d'une fistule appendiculo-scrotale, et de la dénudation du testicule. Malgré cela, l'évacuation sanglante s'est montrée un peu plus efficace que l'abstention. L'appendicocèle inguinal à forme d'etranglement a été traité par la *kélotomie*, consistant dans la dissection des tissus herniaires avec (no 56) ou sans débridement au bistouri boutonné de l'agent sténosé supposé par principe ; avec (nos 62 et 68) ou sans établissement d'un anus artificiel ; avec ou sans excision de lambeaux sphacéliques disséqués. Sur treize de ces opérations (nos 45, 46, 47, 51, 52, 53, 54, 56, 62, 65, 66, 68) nous relevons un résultat inconnu, et sept morts immédiates ou rapprochées, l'une due à l'intervention (tétanos no 68), les autres suffisam-

ment expliquées par la tardiveté de l'acte sanglant. Quant aux cinq guérisons elles furent lentes et compliquées de fistules purulentes on stercoro-purulentes temporaires ou définitives.

§ III. — L'APPENDICOCÈLE CRURAL

Étiologie. — Ici moins de documents.

Étiologiquement, l'appendicocèle crural arrive en deuxième ligne comme fréquence (8 cas). La prédominance pour le sexe masculin est beaucoup moins marquée que dans l'appendicocèle inguinal. En effet, sur cinq cas avec mention du sexe, nous trouvons trois hommes et deux femmes. Donc toute proportion gardée, *plus de femmes* que dans la variété précédente. Ces hernies siégeaient *à droite*, jamais à gauche. Contrairement à ce qui a été relevé plus haut, les malades avaient *plus de* 25 *ans*. Le plus jeune avait 29 ans, le plus âgé 71, les autres 30 et 55 ans. Ce serait une affection de la deuxième moitié de la vie.

Pathogénie. — La congénitalité ne semblant nullement en cause, on a considéré l'appendicocèle crural comme une *hernie acquise*. « Cependant rien ne rappelle la diathèse polyherniaire, dans la lecture des observations » Longuet.

Anatomie pathologique. — Anatomiquement il est

encore question de hernie extra-sacculaire. Lors de l'opération, Richet (n° 74) remarqua que l'appendice et le cœcum étaient sans sac. Comme contenu, on trouva ; soit l'appendice seul, variété *appendicocèle pur* (n°s 69, 73, 74, 76) ; soit l'appendice suivi du cœcum, variété appendiculo-cœcale (n° 75) ; soit l'appendice suivi du cœcum et de la fin de l'iléon, variété appendiculo-cœco-iléale (n° 71) (il y avait même un peu de côlon dans ces derniers cas). Enfin dans le cas n° 70, on consigna le cœcum et l'appendice, ce dernier inclus dans une masse épiploïque, variété appendiculo-épiploïque.

La migration offrait plusieurs stades : 1° appendice rétro-péritonéal ; 2° appendice dans l'orifice crural, stade interstitiel ; 3° appendice dans le canal crural, disposition la plus commune. L'appendice était constamment enflammé, suppuré ou *perforé*, déversant alors ses produits sphacéliques dans les tissus voisins. Ainsi Richet (n° 74) découvrit un vermium perforé laissant évacuer du pus liquide, mélangé de gaz, reconnu pour du liquide intestinal.

Dans le cas 69 l'appendice perforé se vidait dans le tissu cellulo-graisseux du triangle de Scarpa ; dans le cas 75, l'ulcération avait provoqué deux abcès, l'un intra-péritonéal, situé au-dessus de l'arcade, limité en haut par des adhérences et par le cœcum et l'appendice ; l'autre dans un sac de hernie crurale.

La longueur insolite du vermium est signalée une fois (n° 73) : longueur de 7 pouces. Enfin l'appendice était descendu verticalement dans tous les cas.

Clinique. — Cliniquement l'appendicocèle crural évo-

lua *sans accidents* dans deux cas (nos 71, 73), plus souvent avec accidents phlegmoneux (nos 69, 75, 76). ou accidents d'étranglement (nos 70, 74). Mais le diagnostic de hernie crurale appendiculaire ne fut jamais porté avant l'opération ou l'autopsie. D'ailleurs la hernie enflammée dans le canal fémoral ne faisait aucune saillie à l'extérieur dans le n° 76 et ne fut décelée que par une incision inguinale.

Pronostic. — Le pronostic fut aussi sombre que dans la variété inguinale et les résultats du traitement furent fort médiocres.

Traitement. — *L'abstention* dans un cas a donné une mort. *L'incision* sur trois cas a donné deux morts rapides avec fistule (nos 69 et 75) et une guérison (n° 76). Dans ce dernier cas l'incision avait été faite par la voie inguinale, malgré la situation fémorale interstitielle de l'appendice.

La kélotomie, sans ouverture du sac, entre pour un cas. C'est le cas de Richet. Après une dissection relatée comme pénible par l'auteur, ce chirurgien parvint à isoler complètement l'intestin, puis à débrider, enfin à réduire le cœcum.

Quant à l'appendice il aurait été ouvert au cours de ces manœuvres sur une étendue de quelques millimètres. Pour plus de sécurité on maintint cet organe au dehors à l'aide d'un fil; le malade guérit, et il n'est pas fait mention de fistule dans les suites opératoires.

§ IV. — APPENDICOCÈLE ISCHIATIQUE, DIAPHRAGMATIQUE, OMBILICAL

Nous n'avons qu'une observation d'appendicocèle ischiatique (n° 77). C'était une volumineuse tumeur partant du périnée pour descendre jusqu'à mi-jarret. En sa zone déclive élargie, elle mesurait 1 brasse 1/2 de circonférence. Le pédicule était circonscrit par la grande lèvre droite, la marge de l'anus, le sommet du coccyx. A l'autopsie on trouva un sac très épais, infundibuliforme, sortant par l'échancrure sciatique et reposant en bas sur le grand ligament sous-sciatique. Il entourait une grande partie du grêle, le cœcum, *l'appendice*, le côlon jusqu'à la courbure inguinale.

Mentionnons aussi un cas d'appendicocèle diaphragmatique chez un nouveau-né, mort quelques jours après la naissance ; on vit par une fente phrénique, le lobe gauche du foie, l'estomac, la rate, une partie du grêle, le côlon ascendant, herniés dans le thorax ; cœcum et *appendice* étaient logés sous la clavicule gauche. Les côlons

transverse et ascendant possédaient un méso relié à celui du grêle.

En résumé, dans ces deux observations, l'appendice n'était pas seul hernié et l'appendicocèle disparaissait au second plan dans une malformation complexe quasi-tératologique.

Enfin, pour terminer, disons un mot de l'*appendicocèle ombilical* représenté également par un seul cas d'autopsie (n° 79). Dans la hernie il y avait de l'épiploon, du grêle, et l'appendice. De plus le foie était abaissé, le rein droit déplacé. Il s'agissait d'une vieille femme de 72 ans, dont la hernie datait de vingt-sept ans, et dans ce cas, il semble que la polyptose puisse être incriminée.

OBSERVATIONS

Observ. 1. — Morgagni, 1762.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice.

Homme de 30 ans. Pas de renseignements cliniques.

Autopsie. — On constata dans la hernie située à droite, la présence de l'appendice normal.

Observ. 2. — Sandifort, 1781.

Hernie congénitale de l'appendice.

Jeune enfant, porteur depuis sa naissance d'une hernie inguino-scrotale droite qui, à l'âge de 3 mois, fut réduite à l'aide d'un bandage compressif. Mort au milieu de symptômes d'étranglement.

Autopsie. — La hernie était formée par le cœcum avec l'appendice et la fin de l'iléon. L'appendice adhérait en partie au testicule et en partie au fond du sac herniaire. On remarqua que dans le lieu de son adhérence au testicule, cet appendice était devenu plus dur et plus compact que dans son état naturel, ce qui prouve que l'adhérence existait avant la naissance de l'enfant et conséquemment, avant la descente du testicule dans le scrotum et la formation de la hernie.

Observ. 2 *bis.* — Camper, 1762.

Hernie inguinale double.

Le 16 janvier 1762, à l'amphithéâtre de chirurgie d'Amsterdam, sur une hernie inguinale double, sur le cadavre d'un vieillard très obèse j'ai montré :

Hernie gauche. — Longueur dix pouces, largeur cinq pouces, occupée en partie par l'intestin grêle avec un mésentère graisseux ; par le cœcum qui avec l'*appendice* vermiforme avait envahi l'anneau gauche.

Il n'y avait pas à proprement parler de transposition des viscères, mais le poids de l'intestin grêle avait entraîné le reste du péritoine et à la suite le cœcum dans l'anneau inguinal gauche.

Hernie droite. — Ne contenait rien sauf un morceau d'épiploon.

Observ. 3. — Hesselbach, vers 1805. *In* Merling, 1836.

Hernie inguinale droite.

Enfant de six semaines. Pas de renseignements cliniques.

Autopsie. — Hernie inguinale droite contenant l'appendice adhérent à la partie postérieure du sac.

Observ. 4. — Fleischmann, vers 1805, *in* Merling, 1836.

Hernie inguinale congénitale contenant l'appendice.

Enfant mort à 2 jours.

Autopsie. — La hernie contenait l'appendice long de 2 pouces et large de 1 pouce, remplissant complètement la cavité du sac. Son extrémité libre un peu contournée était placée au-dessus du testicule, mais ne présentait acune adhérence avec cette glande.

Observ. 5. — Soemmering, vers 1805, *in* Merling, 1836.
Hernie inguinale congénitale contenant l'appendice.

Nouveau-né.

Autopsie — L'appendice était seul contenu dans une hernie inguinale congénitale et adhérait au testicule.

Observ. 6. — Tritschler, 1806.
Appendice cœcal dans une hernie droite

Observ. 7. — Tritschler, 1806.
Appendice cœcal dans une hernie droite.

Observ. 8. — Tritschler, 1806.
Appendice cœcal dans une hernie droite.

Observ. 9. — Tritschler, 1806.
Appendice cœcal dans une hernie droite.

Observ. 10. — Tritschler, 1806.
Appendice cœcal dans une hernie droite.

Observ. 11. — Amyand, *in* Tritschler 1806.
Hernie de l'appendice.

Enfant de 11 ans porteur, depuis ses premières années, d'une hernie scrotale. Pas d'autres renseignements.

Autopsie. — On ne trouva dans le sac que l'appendice adhérent à une partie de l'épiploon.

Observ. 12. — Amyand, *in* Tritschler 1806.

Hernie de l'appendice.

Pas de renseignements cliniques. Enfant.

Autopsie. — Dans le sac on trouva l'appendice rempli de matières fécales solides et contenant en sus une aiguille qui avait déterminé une perforation.

Observ. 13. — Bonn, 1828.

Hernie inguinale gauche.

Pas de renseignements cliniques.

Autopsie. — Hernie inguinale du côté gauche qui descendait jusqu'à mi-hauteur de la cuisse sur le cadavre d'une femme. Après incision sur la tumeur on remarqua l'énorme sac herniaire en forme de poire, situé dans l'aine gauche et descendant dans la grande lèvre gauche en comprimant fortement les parties génitales extérieures.

Après incision longitudinale du sac, l'on y découvrit une grande portion de l'épiploon, une partie de l'iléon et du côlon; ensuite le cœcum avec l'*appendice*. En enlevant davantage les parties énumérées, l'on constata que même l'ovaire et la trompe du côté gauche étaient descendus jusqu'au fond de la poche. Aussi l'utérus était dévié de sa place normale dans sa partie supérieure.

Observ. 14. — Bonn, 1828.

Hernie inguinale double.

Autopsie. — Grande hernie inguinale double chez un vieillard porteur d'une forte scoliose, qui consistait en une déviation de la colonne vertébrale vers le côté gauche et du bassin vers

le côté droit, de sorte que par cette infirmité le cœcum avait évidemment été déplacé.

Une incision des deux côtés du scrotum, énormément augmenté de volume, montra à gauche une partie de l'iléon avec le cœcum et *son appendice*, de même qu'une partie du côlon ascendant ; à droite le côlon transverse, une partie du côlon descendant et une portion d'épiploon.

Observ. 15. — Tiedmann, *in* Merling, 1836.

La petitesse de la hernie qui ne faisait pas de saillie à l'extérieur empêcha de reconnaître la cause des symptômes et le malade mourut.

Autopsie. — Appendice gangrené dans le canal inguinal.

Observ. 16. — Geissler, 1867.

Hernie inguinale double ; à gauche appendice cœcal énormément épaissi.

Femme de 70 ans.

Renseignements cliniques. — La malade, cachectique, présente à la région inguinale droite une petite hernie réductible ; à la région inguinale gauche, une hernie en forme de sablier, un peu réductible, descendant dans la grande lèvre gauche, et n'ayant pas varié depuis trente ans : la portion supérieure offre le volume d'un œuf de pigeon ; la portion inférieure le volume d'une noix. La malade a de la diarrhée, et son ventre, douloureux et très sensible à la pression, est ballonné.

Mort au bout de trois semaines.

Autopsie. — Dans le canal inguinal gauche on trouva *l'appendice* énormément épaissi et étranglé au milieu. Le cœcum,

élargi, adhérent au grêle et à la paroi abdominale antérieure, était logé derrière la symphyse et remontait vers l'ombilic.

Observ. 17, 18, 19, 20, 21. — Bardeleben, 1875.

Se reporter à l'indication bibliographique.

Observ. 22. — Pfister, 1883, *in* Hedrich, 1889.

Hernie inguinale gauche.

Femme de 41 ans, atteinte congénitalement d'une hernie inguinale n'ayant jamais causé aucune gêne. Pas d'autres renseignements.

Autopsie. — Tumeur herniaire volumineuse partant de la grande lèvre gauche et s'étendant vers en haut dans la région inguinale.

Le sac contient une grande partie du côlon ascendant, le cœcum et *son appendice*, flottants à un long mésentère.

Observ. 23. — Arx, 1886.

Hernie inguinale double.

Homme de 82 ans, mort de pneumonie.

Autopsie. — Cyphose dorsale extrêmement marquée. Hernie scrotale bilatérale atteignant le tiers inférieur de la cuisse.

Le sac herniaire gauche contient tout l'intestin grêle et derrière lui le cœcum et *son appendice*, ainsi que le commencement du côlon ascendant. Cœcum et côlon sont libres, mobiles, avec des mésos très longs. A droite la hernie est formée par le reste du côlon ascendant et une portion d'épiploon de la grosseur du poing. Aucune adhérence au sac.

Observ. 24. — Jackle F. 1888.

Hernie inguinale droite étranglée.

Homme de 66 ans, porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale double.

La hernie droite devient subitement irréductible et augmente de volume; le malade se refuse à toute opération, et meurt en quelques jours, au milieu de symptômes d'étranglement.

Autopsie. — On trouve dans la hernie une anse grêle longue de deux pieds, le cœcum et l'appendice perforé, au niveau de l'étranglement.

Observ. 25. — Hugel, 1898.

Hernie inguinale gauche contenant le cœcum, l'appendice, une partie du côlon et une anse grêle.

Enfant de 4 mois.

Pas de renseignements cliniques.

Autopsie. — L'appendice paraît sain ainsi que le cœcum; mais il y a un méso-côlon et un méso-cœcum d'une extrême longueur.

Observ. 26. — Cloquet, 1816.

Hernie inguinale droite en bissac.

Dans la cavité supérieure est contenue une partie du cœcum; dans l'inférieure est l'appendice *non* adhérent au fond du sac.

Observ. 27. — Cruveilhier.

Hernie inguinale droite.

Le sac contenait l'appendice.

Observ. 28. — X... Cas rapporté par Cruveilhier.

Hernie inguinale de l'appendice.

L'appendice offre, appendue à son extrémité libre, une sorte de tumeur kystique du volume d'une noix, qui adhère également au cordon.

Observ. 29. — Verdier, 1840.

Hernie inguinale contenant probablement l'appendice.

Garçon de 7 ans atteint d'une tumeur inguinale droite gênante par son volume.

Examen clinique : A l'anneau inguinal droit, on sent un corps dur, long d'environ trois à quatre centimètres, ayant assez la forme d'un doigt de la main et se prolongeant dans le scrotum. Par le refoulement, la tumeur rentre facilement du scrotum dans l'anneau inguinal, mais pas dans l'abdomen ; soulevant les téguments de manière à former un relief appréciable dans la direction du canal sus-pubien. Quand on cesse la compression, elle redescend spontanément, même dans le décubitus horizontal.

Diagnostic : Hernie contenant probablement l'appendice.

Traitement : Bandage sur la tumeur, en dehors de l'anneau inguinal, respectant le testicule.

Suites : Au bout de trois ans de ce traitement, il n'existe plus d'autre trace de la hernie qu'un léger épaississement de la partie supérieure du cordon testiculaire. L'anneau inguinal offre autant de résistance à son orifice externe que l'anneau de l'autre côté.

Observ. 30. — Malgaigne, 1841.

Hernie inguinale double. A droite hernie contenant le cœcum et l'appendice.

Homme de 73 ans, affecté depuis l'âge de 24 ans d'une hernie ; réduction ; irréductibilité consécutive ; mort au milieu de symptômes d'étranglement.

Autopsie. — A gauche, la hernie contenait l'S iliaque. A droite, la hernie était constituée par le cœcum avec son appendice et la fin de l'iléon ; le tout était en dehors ou pour mieux dire en arrière du sac péritonéal qui avait été entraîné comme de l'autre côté.

Observ. 31. — Muiron, 1869.

Dans une hernie inguinale, en outre de l'intestin grêle, il existait une partie du gros intestin avec l'appendice cœcal adhérent à la partie supérieure du sac.

Observ. 32. — Féré Ch., 1879.

Hernie inguinale droite contenant le cœcum.

Enfant mort à 2 ans, atteint d'une hernie scrotale droite du volume d'un œuf de dinde, de réduction facile.

Autopsie. — A gauche, prolongement inguinal de la séreuse, vide, descendant jusqu'au niveau de l'orifice inguinal externe.

A droite, sac herniaire contenant le cœcum, son *appendice* et 24 centimètres d'intestin. L'orifice du sac a 18 centimètres de diamètre ; il se continue par un goulot occupant le canal inguinal et long seulement de 12 millimètres ; celui-ci étant presque direct, le cordon est en arrière de cette partie. De l'orifice externe du canal, le sac descend jusqu'au fond du scrotum au niveau de l'extrémité inférieure du testicule. Celui-ci est

contenu dans la vaginale, distincte du sac herniaire et se prolongeant sur le cordon non dissocié jusqu'à l'orifice du canal inguinal. Le fond du sac contient une cuillerée à café de liquide citrin.

Observ. 33. — Féré Ch., 1879.

Hernie inguinale double.

Enfant mort à 4 mois.

Autopsie. — A gauche sac vide. A droite sac herniaire dans lequel sont engagés le cæcum et l'appendice, avec deux centimètres d'intestin grêle ; au fond de ce sac, l'extrémité de l'appendice a contracté des adhérences solides et déjà anciennes, de sorte que quand on réduit l'intestin par des tractions exercées du côté de l'abdomen, on retourne complètement le sac ; si au contraire on cherche à obtenir la rentrée de l'intestin par des pressions externes, on réduit le cæum, mais l'appendice ne rentre qu'en partie. Il est probable qu'il en était de même pendant la vie et que le bandage augmentait l'appendicocèle — les adhérences reconnaissent peut être pour cause l'inflammation déterminée pas les frottements. — Ces sacs herniaires sont complètement distincts de la vaginale à droite comme à gauche.

Observ. 34. — Ricard, *in* Mérigot de Treigny, 1887.

Hernie inguinale droite du cæcum et de l'appendice avec sac latéral.

Renseignements cliniques. Hernie inguinale droite du volume d'un citron descendant dans le scrotum sans atteindre le testicule.

Autopsie. — A l'incision du sac, on trouve une anse d'intestin grêle de 15 centimètres environ ; dans un épaississement du

sac on trouve le cæcum, hernié avec la fin du côlon ascendant ; l'appendice est dans la cavité du sac.

Réflexions. — L'examen de cette pièce porte à croire que le cæcum s'est hernié d'abord et que sa hernie a déterminé la formation d'un sac dans lequel s'est introduite la dernière portion du grêle.

Observ. 35. — Guillet, 1837.

Hernie inguinale droite du cœcum et de l'iléon, Adhérence de la face postérieure du cœcum aux enveloppes de la hernie. Absence du testicule dans les bourses.

Homme de 43 ans, porteur d'une hernie inguino-scrotale droite ancienne, du volume des deux poings. Mort de tuberculose pulmonaire dans le service du P. Guyon à l'hôpital Necker.

Aucun autre renseignement clinique.

Autopsie. — Le cœcum occupe la partie latérale droite de la hernie ; il est adhérent par toute sa face postérieure et son extrémité inférieure aux enveloppes. Ces adhérences se continuent insensiblement avec l'enveloppe la plus interne, et répondent au type des adhérences charnues naturelles de Scarpa.

L'appendice vermiforme est retourné, son extrémité inférieure regardant en haut, et couché derrière le cœcum, perdu dans les adhérences que présente celui-ci avec les enveloppes.

L'iléon (50 cm.) situé à gauche du cœcum est adhérent par son bord inférieur.

Les enveloppes sont constituées par les tuniques mêmes du scrotum ; la plus interne a les caractères de la vaginale et présente à son extrémité inférieure un diverticulum séparé de la cavité principale par un bourrelet saillant.

La dissection n'a pu faire retrouver le testicule vraisembla-

blement ectopié dans l'abdomen, ni les éléments du cordon

Réflexions. — Il semble que le diverticulum représente la cavité vaginale repoussée en bas par la hernie qui se serait développée dans le canal inguinal dilaté. La hernie serait congénitale, et l'absence de testicule et de sac est en faveur de cette opinion. Pour expliquer les adhérences du cœcum, il faut admettre une disposition anormale du péritoine ne tapissant que sa face antérieure.

Observ. 36. — Chipault, 1891.

Autopsie d'un homme atteint d'une hernie inguinale droite.

La hernie, qui est funiculaire contient l'appendice. Celui-ci est sous-jacent au cœcum qui n'est pas hernié et présente un méso-total. L'appendice hernié n'a pas de sac.

Réflexions. — L'auteur croit cette hernie congénitale pour le motif que la paroi postérieure du cœcum est extra-péritonéale dans sa presque totalité.

M. Broca ajoute : Il y a bien un méso-cœcum, mais cela ne prouve pas la congénitalité de la hernie appendiculaire sous-jacente ; cependant elle paraît être congénitale parce qu'elle est comprise sous la gaine profonde du cordon et qu'elle n'a pas de sac, de fascia transversalis.

Observ. 37. — Dujarier et Castaigne, 1899.

Hernie extra-péritonéale de l'appendice.

Disposition absolument latente trouvée seulement à l'autopsie.

Autopsie. — On constate deux sacs distincts, l'un adhérent à l'appendice, l'autre contenant des franges graisseuses. L'appendice est complètement oblitéré, à l'œil nu, comme au microscope.

Observ. 38. — Leplay, 1904.

Hernie inguinale droite congénitale contenant l'appendice.

Enfant nouveau-né du sexe masculin, mort à 1 jour.

Autopsie. — L'appendice était inclus dans le canal inguinal, recourbé deux fois sur lui-même, étranglé en quelque sorte, car il fallut exercer une certaine pression pour l'extraire. D'ailleurs la portion herniée constituait une masse d'un diamètre beaucoup plus grand que la portion originelle formant pédicule.

Réflexions. — Il est indiscutable qu'une pareille hernie aussi solidement établie vingt-quatre heures après la naissance est liée directement à la migration du testicule et qu'elle existait déjà au moment de la naissance.

Observ. 39. — Leplay, 1904.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice.

Enfant nouveau-né du sexe masculin, porteur d'une hernie inguinale droite plus ou moins facilement réductible.

Autopsie. — On trouva logés dans la partie supérieure du canal inguinal l'appendice en sa totalité et le cul-de-sac cæca. Le canal vagino-péritonéal était complètement ouvert.

Observ. 40. — Leplay, 1904.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice.

Nouveau-né.

Autopsie. — Appendice dans le sac herniaire. Le testicule avait accompli entièrement sa migration. Le canal vaginal était oblitéré seulement dans sa partie moyenne (hernie vaginale funiculaire).

Réflexions. — Ces hernies sont liées à la migration du testicule.

Observ. 41. — X, 1835, *in Dublin medical journal* 1841.
Hernie inguinale de l'appendice.

A l'examen d'un enfant de 2 ans, affecté congénitalement d'une hernie inguinale droite, on constata que la tumeur inguinale était irréductible et enflammée, et que la vaginale était le siège d'un épanchement. On porta le diagnostic de testicule enflammé et d'intestin étranglé. L'enfant mourut 16 heures après l'examen.

Autopsie. — On trouva la tunique vaginale très dilatée contenant un peu de liquide et de gaz fétides. La partie supérieure du canal paraissait obstruée mais on put y faire pénétrer une sonde. L'appendice était engagé dans le canal inguinal et était augmenté de volume et perforé. Des matières fécales libres se trouvaient dans la fosse iliaque droite. Il y avait de la péritonite généralisée. La perforation de l'appendice avait été déterminée par un noyau de cerise.

Observ. 42. — Schaw, 1845, *in* Thurnam, 1848.
Homme de 60 ans. Hôpital Middlesex.

Renseignements cliniques. — Scrotum volumineux, tuméfié, phlegmoneux, et douloureux à tel point qu'il était impossible de trouver le testicule à la palpation ; des abcès se formèrent laissant s'écouler un pus d'abord louable, puis fétide ; néanmoins la tuméfaction ne diminua pas. Le malade mourut d'hecticité après cinq mois d'observation. Le diagnostic fut qu'il s'agissait d'un hydrocèle à parois denses, cartilagineuses, et qu'il y avait communication entre cet abcès et l'intestin ; cependant l'écou-

lement n'avait pas été stercoral et les selles avaient persisté.

Autopsie. — On reconnut une hernie : l'épiploon se trouvait dans le sac attaché aux parois, l'*appendice* était entouré par l'épiploon et on constatait à son extrémité une ulcération par laquelle s'était établie une communication entre l'intestin et le scrotum. Le cœcun était situé un peu plus bas que normalement dans la fosse iliaque, mais il était sain.

Réflexions. — Hernie de l'appendice, échappement des matières dans le sac, puis dans le tissu cellulaire du scrotum.

Observ. 43. — Thurnam, 1848.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice.

Pas de renseignements commémoratifs.

Renseignements cliniques. — Hernie inguinale droite du volume des deux poings, enflammée, puis suppurée. Séton. Au bout de deux mois il sortit une petite parcelle d'os dur et tranchant. Guérison ; mais, quelques mois plus tard, mort par congestion pulmonaire.

Autopsie. — Le cœcum offrait une coloration rouge. L'appendice, trois fois plus grand qu'à l'état normal, de couleur gris foncé, à parois très épaisses, constituait par ses trois quarts inférieurs une hernie dans le canal inguinal et adhérait fortement aux parties voisines. Il était seul dans la hernie.

Observ. 43 *bis.* — Morgan.

Se reporter à l'indication bibliographique.

Observ. 44. — Schwencke, 1805.

Hernie inguinale contenant l'appendice

Homme de 20 ans.

Pas de renseignements cliniques.

Opération. — On constate que le sac herniaire ne contient que l'appendice adhérent au testicule et simulant par suite de cette adhérence un varicocèle.

Observ. 45. — Schuh, 1850.

Hernie inguinale droite étranglée contenant l'appendice.

Homme de 56 ans porteur depuis douze ans d'une hernie inguinale droite, qui brusquement est devenue douloureuse et a augmenté de volume.

Examen clinique. — Hernie étranglée et enflammée. Température élevée ; constipation pas absolue. Le taxis échoue.

Opération. — Kélotomie ; débridement de l'anneau. On trouve comme contenu de la hernie le cœcum que l'on réduit et l'appendice perforé. Ce dernier est abandonné dans la plaie après une suture de son extrémité supérieure.

Suites. — L'appendice s'élimine ultérieurement ; la plaie se cicatrise ; guérison.

L'appendice présentait deux perforations.

Observ. 46. — Spengler, 1851.

Hernie inguinale gauche.

Garçon de 5 ans 1/2 atteint d'une hernie inguinale gauche congénitale.

Renseignements cliniques. — La hernie malgré l'application continuelle d'un bandage qui les premiers temps la maintenait, se mit à grossir jusqu'à atteindre le volume d'une bouteille de champagne. Depuis six mois, et même auparavant, il y a de la constipation, de l'irrégularité des selles ; aussi des vomissements et des douleurs abdominales. Enfin la hernie devint irréductible.

Opération. — A l'incision du sac on trouve un énorme paquet d'intestin grêle, le cœcum avec *l'appendice* adhérents au sac.

Mort par péritonite.

Autopsie. — Dans le sac herniaire à gauche se trouve le cœcum et l'appendice.

Observ. 47. — Lehmann, 1862.

Hernie inguino-péritonéale du gros intestin.

Homme de 46 ans, atteint d'une hernie inguinale droite réductible, mais habituellement mal réduite. Des accidents surviennent qui font penser à un étranglement.

Examen clinique. — A la cinquante-quatrième heure. La région inguinale est tendue et douloureuse. Mais pas de *vomissements*,

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — A l'incision du sac, issue de sérosité incolore ; pas d'anse intestinale. Le doigt introduit jusque dans le canal inguinal pour tirer la séreuse en avant, provoque l'issue d'une assez grande quantité de liquide trouble et fétide. On se contente alors de faire un simple pansement.

Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de péritonite. En arrière de la région inguinale au-devant du péritoine, se trouve un sac hémisphérique, volumineux et tendu, s'étendant de *deux pouces et demi* au-dessus de l'arcade crurale, depuis le sommet de la vessie jusqu'au cœcum, s'enfonçant dans la cavité abdominale et ayant dans toutes les directions six pouces de diamètre. Le sac présente en arrière et en haut une ouverture arrondie d'un demi-pouce de diamètre, limitée par un bord tranchant de consistance fibreuse à travers laquelle une anse d'iléon longue de trois

quarts d'aune et l'appendice avaient pénétré dans le sac et en comblaient la cavité. L'étranglement était très serré, l'intestin gangréné, mais il n'y avait pas de perforation.

Observ. 48. — Niche A., 1892.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice.

Homme de 57 ans, atteint depuis trois ans, d'une tumeur inguinale droite, qui par moments était le siège de douleurs assez vives et qui augmenta insensiblement.

Examen clinique. — Hernie irréductible, mate, sans impulsion, ni expansion; plusieurs fistules sur le scrotum dont la peau adhère à la tumeur.

Opération. — Incision. On trouva un testicule atrophié et un pédicule formé par le cordon et l'appendice enflammé et perforé; dans le pus que contenait le sac, on découvrit un os, Drainage.

Suites. — Guérison.

Observ. 49. — Niche A., 1892.

Hernie inguinale droite intéressant l'appendice.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, qui se voyant atteint d'une hernie appliqua un bandage. La tumeur étant devenue douloureuse et ayant augmenté de volume, il se présenta à l'examen. On constata l'existence d'une tumeur inguinale droite enflammée, que l'on ponctionna pour évacuer le pus. Mais il y eut récidive et le malade revint quelques jours après.

Opération. — Incision; évacuation du pus dans lequel on trouva un os.

Suites. — Guérison en quelques jours. Mort plus tard par le fait d'une autre maladie.

Autopsie. — On trouva que l'appendice constituait seul la hernie. Il avait environ trois fois son volume normal, et sa muqueuse était boursouflée.

Observ. 50. — Niche, 1892.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice enflammé.

Homme de 66 ans, ayant depuis quarante ans une hernie inguinale droite, qui depuis deux ans était devenue irréductible.

A l'examen on constate que la tumeur herniaire était rouge et enflammée.

Opération. — A l'incision du sac épaissi, on trouva du pus.

L'appendice qui faisait partie de la hernie était enflammé et perforé; comme corps étranger on trouva des arêtes de poisson.

Suites. — Guérison.

Observ. 51. — X... *in* Scarpa, 1812.

Hernie inguinale du cæcum. Fistule stercorale.

Homme de 30 ans, atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale droite et présentant depuis quinze jours des symptômes d'étranglement, avec un état général déplorable.

Opération. — Quand on appela enfin le chirurgien, la gangrène avait déjà gagné l'intestin et même le scrotum. On sépara les parties gangrenées.

Suites. — Fistule par laquelle les excréments sortirent pendant quelques temps ; puis ils reprirent leur cours naturel et dans l'espace d'un mois, la guérison fut complète. Le malade survécut trente-deux ans à cette guérison et mourut d'une autre affection.

Autopsie. — M. Blut reconnut que la gangrène n'avait détruit

que le cœcum et son appendice. L'extrémité de l'iléon et le commencement du côlon étant restés dans leur intégrité, les matières fécales passaient directement du premier dans le second. Les replis du péritoine qui fixent dans le flanc droit la partie supérieure du cæcum et le commencement du côlon étaient descendus jusqu'au voisinage de l'anneau, mais ne s'étaient pas encore engagés dans son ouverture.

Observ. 52. — Taramelli, 1883.
Hernie inguinale droite étranglée.

Femme de 78 ans présentant une hernie inguinale droite étranglée.

Opération. — La hernie était formée exclusivement par l'appendice.

Guérison.

Observ. 53. — Rubino A. 1889.

Se reporter à l'indication bibliographique.

Observ. 54. — Charyau, 1837.
Hernie inguinale gauche.

Enfant de 3 mois.

Hernie inguinale gauche devenue irréductible ; l'intestin ne descend pas dans le scrotum.

Opération. — L'incision du sac ayant été faite, le cœcum parfaitement reconnaissable à son appendice fut trouvé dans la poche herniaire située à gauche. On crut d'abord à la présence d'un ver, mais on s'assura d'une manière positive que c'était e prolongement vermiforme du cœcum.

Suites.— Au douzième jour après l'opération, la guérison est prochaine.

Observ. 55. — X. — *In* Malgaigne, 1841.

Étranglement herniaire.

Enfant de 13 ans atteint d'une hernie inguinale devenue irréductible.

Phénomènes d'étranglement incomplets : pas d'arrêt des matières.

Le taxis est répété six fois en trente-six heures sans résultats.

Opération. — La hernie était constituée par une masse épiploïque en partie grangrenée, et par l'appendice. Ce dernier, protégé par de l'épiploon, présentait seulement une coloration rosée, sans étranglement.

Observ. 56. — Guersant, 1841.

Hernie inguinale droite étranglée, intéressant l'épiploon et l'appendice.

Enfant de 13 ans 1/2.

Commémoratifs. — Hernie (non congénitale?) depuis l'âge de 2 ans.

Bandage, guérison apparente, étranglement brusque.

Examen clinique. — Hernie inguinale droite avec étranglement ; rougeur des téguments ; pas de gargouillement ; météorisme et douleurs abdominales ; absence d'évacuations ; hoquets, vomissements. Le taxis échoue ; sangsues, bains, etc.

Diagnostic. — Hernie inguinale étranglée.

Opération. — Vers le troisième jour. A l'incision du sac, évacuation de liquide d'odeur fécaloïde. On trouve une grosse masse épiploïque gangrénée dont on résèque une grande partie

Débridement au niveau du collet. Derrière l'épiploon, on voit une languette arrondie descendant dans le sac jusqu'au fond, et y adhérant intimement. On crut à une portion d'épiploon atrophié, transformée en bouchon organique et descendue dans le sac depuis longtemps puisqu'elle y adhérait.

Suites. — Mort rapide de péritonite.

Autopsie. — La prétendue languette était l'appendice, très long, perméable, adhérant au sac, n'ayant pas eu beaucoup à souffrir de la constriction du collet. Il avait occupé seul la hernie pendant longtemps, d'où pseudo-guérison ; puis avait été accompagné récemment par l'épiploon.

Observ. 57. — Manec, 1859.

Hernie inguinale de l'appendice étranglée.

Jeune homme de 19 ans.

Commémoratifs. — Hernie inguinale droite depuis huit ans, peu volumineuse, indolente. Depuis huit jours, irréductible, douloureuse, rouge, tuméfiée. Tentatives vaines de réduction.

Examen clinique. — Tous les symptômes d'étranglement : facies excavé, vomissements fécaloïdes, arrêt des matières. Tumeur inguinale grosse comme une noix, dure, douloureuse. On sent une espèce de corde placée entre la peau et la tumeur. La peau est rouge. Il y a du météorisme.

Diagnostic. — Hernie inguinale étranglée.

Opération. — Le neuvième jour. Incision et dissection de couches infiltrées de pus. On reconnaît l'appendice gangrené saignant dans le pus. Au-dessus de lui, on trouve un sac qui contient une très petite portion d'intestin rouge. Débridement au bistouri boutonné. Réduction de l'anse intestinale. Comme on ne trouve pas l'extrémité inférieure de cet appendice plongeant

dans le scrotum, on le laisse en place, dans la crainte qu'il ne s'agisse du canal spermatique altéré par la suppuration. Pas de suture de la plaie. Pansement.

Suites. — Mort le soir même.

État de l'appendice. — A l'autopsie : péritonite. L'appendice plonge dans la hernie, complètement *indépendant du sac herniaire.* Il est baigné de pus et très altéré; mesure 7 centimètres dans sa portion herniée; a contracté de nombreuses adhérences, ne contient pas de corps étranger, mais du pus.

Observ. 58. — Gangolphe, 1892.

Hernie inguinale cœco-appendiculaire droite à forme pseudo-phlegmoneuse.

Homme, 46 ans.

Commémoratifs. — Volumineuse hernie inguino-scrotale droite datant de quinze ans; depuis quelque temps, irréductible en partie; bandage appliqué par intermittences. Depuis douze jours, augmentation brusque de volume et douleurs.

Examen clinique. — Volumineuse hernie scrotale droite de la grosseur d'une tête d'enfant, rouge, chaude, sensible ; contenant en bas le testicule et la vaginale; sonore en quelques points; dure par places. Conservation presque complète des fonctions digestives ; pas de météorisme.

Diagnostic. — Hernie enflammée, peut-être par suite d'une perforation intestinale.

Opération. — Glace sur la tumeur et repos. Puis, quelques jours après, incision d'un large abcès scrotal contenant un pus très fétide, mais ni gaz, ni corps étranger, ni stercora. Drainage.

Suites. — Rétrocession de la tuméfaction. Alors on pense à

faire la cure radicale parce que les anses intestinales et l'épiploon sont difficiles à maintenir par un bandage. Dans cette cure radicale (cinq mois après l'incision), on trouve incluse dans le sac une masse épiploïque volumineuse adhérente. Dans l'intérieur même de cet épiploon existe un sac contenant du grêle qu'on réduit facilement. En cherchant à distinguer les éléments du cordon et dans l'épaisseur même du sac, on trouve l'appendice incrusté. On le reconnut par une incision longitudinale, montrant une cavité muqueuse centrale. Libération de cet organe, excision de l'épiploon. *Section et ablation de l'appendice* au thermo. Sa sécheresse ne parut pas nécessiter un capuchonnement séreux. Excision du sac, fermeture du collet, sutures profondes au catgut, drainage avec une mèche iodoformée. Guérison per primam, et constatée deux mois après, néanmoins on conseille le port d'un bandage.

Etat de l'appendice.—Incrusté dans la paroi du sac adhérent à l'épididyme et à la cicatrisation de l'abcès, du volume d'un porte-plume.

Réflexion. — C'était une hernie cœcale avec intestin grêle épiploon et probablement une partie du côlon ascendant, et compliquée d'appendicite. Le cœcum et l'appendice s'étaient vraisemblablement dépouillés en partie de leur séreuse. Il y avait les deux sortes d'adhérences dites : par inflammation (épiploon, appendice, cœcum), et par glissement (commencement du côlon).

Observ. 59. — Polosson, 1893 (cas n° 2). *In* Charnoy.
Hernie inguinale droite avec appendicite extrasacculaire.

Homme de 67 ans.

Commémoratifs.—Depuis plusieurs années, hernie inguinale

droite du volume du poing, mal contenue par un bandage. Ces jours derniers, elle augmente brusquement de volume sous l'influence d'un effort et devient douloureuse et irréductible.

Examen clinique. — Tumeur herniaire, grosse comme trois poings d'adulte. Pas de symptômes aigus d'étranglement, mais douleurs. L'anneau inguinal large ne paraît pas exercer de constriction. Tentatives de taxis sans résultat. Au bout de quelques jours, les vomissements apparaissent, le ventre se ballonne. Puis, vomissements fécaloïdes.

Diagnostic : Étranglement herniaire.

Opération. — Neuf jours après l'entrée à l'hôpital. En décortiquant le sac, on trouve, en dehors de lui et à la partie postéro-interne une collection suppurée du volume d'un œuf siégeant dans le tissu cellulaire des bourses, en dehors de lui et contre lui. On l'ouvre et on le nettoie.

Incision du sac, on y voit une anse grêle volumineuse, le cœcum et une partie du côlon ascendant, avec un peu de liquide utérin qui s'évacue ; le cœcum est sur la face postérieure de la hernie. On y constate l'insertion intestinale de l'appendice, dont on n'aperçoit pas l'extrémité libre, mais en suivant cet appendice à partir du cœcum, on est conduit dans la cavité suppurente extrasacculaire ; à ce point l'appendice est ulcéré et presque complètement sectionné. Réduction du grêle. Impossibilité de réduire le cœcum, car il eût fallu réséquer le sac ou le méso-cœcum étalé, et cette zone était le siège d'une inflammation suppurative. On se décide à créer un *anus contre nature* après avoir fixé le cœcum à la partie supérieure de la plaie. Suture partielle de l'incision des bourses.

Suites. — Le collapsus continue. Mort le soir même.

Etat de l'appendice. — Ulcéré, perforé. Il avait glissé avec le

cœcum dans la hernie et donné lieu, non à une inflammation péritonéale, c'est-à-dire intrasacculaire; mais à une suppuration extrasacculaire.

Observ. 60. — Blum, 1895.

Hernie inguinale de l'appendice.

Homme.

Commémoratifs. — Hernie inguinale droite depuis quinze ans ; irréductible depuis quelque temps avec crises douloureuses intermittentes calmées par grands bains, glace et finalement taxis. Ces jours derniers, nouvelle crise.

Examen clinique. — Hernie sonore, moyennement tendue, irréductible, peu douloureuse. Tout d'abord pas de vomissements, ni de nausées, ni de constipation ; puis, vomissements alimentaires. L'état général s'affaiblit peu à peu, yeux excavés, peau sèche, facies péritonéal.

Diagnostic. — Hernie irréductible sans étranglement (pas de constipation).

Opération. — Vers le dixième jour des accidents. Incision. La hernie est constituée par l'*intestin* et l'épiploon très adhérents au sac ; pas de striction ; anneau très large. La plaie est refermée.

Suites. — Mort quelques heures après.

Autopsie. — Contenu de la hernie : Un fragment du gros intestin de 20 centimètres, plus 10 centimètres de jéjunum, plus le cœcum et *l'appendice* qui monte perpendiculairement à l'arcade et parallèlement à l'iléon. Donc en situation postérieure et ascendante, il semble que le cul-de-sac cœcal se soit le premier engagé dans l'anneau. Cet appendice est gros comme l'index, turgescent, très long, perforé au niveau de l'arcade de

Fallope. Plusieurs perforations intestinales, iléales et cœcales. La muqueuse de l'appendice est ulcéré, et en un point se trouve la perforation. Sac facilement isolable, mais adhérences avec l'intestin.

Observ. 61. — Delarabrie, 1897.

Hernie inguinale droite contenant l'appendice sphacélé.

Homme, 72 ans.

Commémoratifs. — Depuis de longues années, hernie inguinale droite, peu volumineuse, réductible.

Depuis trois ou quatre jours, elle a augmenté de volume et s'est enflammée au niveau du pédicule.

Examen clinique. — Hernie inguinale facilement réductible, grosse comme la moitié d'un œuf, rouge, tendue, chaude, douloureuse. Fièvre. Diarrhée abondante.

Diagnostic. — Abcès tubéreux des ganglions de l'aine, mais sans fluctuation. Le lendemain la fluctuation est nette. Quatre jours plus tard une escarre se forme.

Opération. — Incision, grattage, qui suffit à ouvrir la poche. On agrandit l'ouverture sur une sonde cannelée. Des gaz se dégagent avec une odeur stercorale infecte. Lavages au sublimé ; drainage ; pansement humide.

Suites. — Des parties sphacélées, et des stercora s'éliminent. Puis la réunion par seconde intention se fait en vingt jours.

Etat de l'appendice. — Probablement appendice gangrené.

Observ. 62. — X. *in* Briançon, 1897.

Hernie inguinale étranglée.

Homme, 51 ans.

Commémoratifs. — Depuis 15 ans, hernie inguinale droite pour

laquelle il porte bandage. Il y a deux jours survient brusquement vive douleur. Volume plus considérable de la hernie. Réductions par taxis infructueuses.

Examen clinique. — Vomissements, fièvre, tumeur inguino-scrotale grosse comme le poing, fluctuante, rouge et douloureuse.

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Large incision qui donne issue à un pus abondant, épais, verdâtre. Au fond de la cavité, on aperçoit une portion d'intestin grêle et d'épiploon fortement adhérents au sac. En avant, baignant dans le pus, on reconnaît l'extrémité inférieure du cœcum et son appendice dont la base est intacte mais l'extrémité nécrosée, l'intestin grêle semble aussi être malade en plusieurs points. En présence de ces lésions, on se décide à pratiquer un anus artificiel.

Suites. — Guérison.

Etat de l'appendice. — Après l'incision, on vit que son extrémité était nécrosée et perforée.

Observ. 63. — Gross, 1900.

Phlegmon herniaire.

Tumeur inguinale droite, douloureuse, phegmoneuse et fluctuante, chez un homme présentant des symptômes d'étranglement herniaire.

Opération. — A l'incision, il s'évacue un flot de pus. On constate l'existence d'un appendice enflammé, contenant une petite mâchoire de perche, point de départ du processus.

Suites. — ?

Observ. 64. — Morestin, 1902.

Plegmon gangreneux du scrotum par appendicite herniaire inguinale droite.

Homme de 62 ans.

Commémoratifs. — Depuis plus de dix ans, hernie inguinale droite réductible, maintenue par un bandage. Il y a un mois gonflement, douleurs, rougeur à cet endroit; accidents suivis de régression. Puis nouvelle poussée, avec élévation de température à 39°.

Examen clinique. — Scrotum gros comme une tête d'enfant, rouge sombre et même noirâtre par place avec fissures et craquelures à bords verdâtres, par lesquelles suinte un pus infect, mal lié. Crépitation fine, gazeuse.

Diagnostic. — Phlegmon gangreneux d'origine herniaire, par pincement latéral, par diverticulite ou appendicite.

Opération. — Multiples incisions évacuatrices par lesquelles s'évacue le liquide roussâtre. L'une d'elles ouvrant la vaginale laisse voir le testicule couvert de fausses membranes.

Suites. — Pulvérisations phéniquées. Poudre de Lucas-Championnière.

Le scrotum s'élimina par lambeaux, mais le testicule resta à nu, couvert de fongus. Les téguments se rétractaient tout autour. Au-dessus on apercevait la lumière d'un canal muqueux, c'était l'appendice par où s'évacuaient de temps à autre des matières fécales. La muqueuse exubérante forma mamelon.

Deux mois après la première opération, on libéra cet appendice et on l'excisa.

Extirpation en même temps du sac herniaire, cure radicale ; inclusion du testicule hernié et cureté de ses bourgeons fon-

gueux dans une loge scrotale de nouvelle formation. Guérison parfaite avec conservation du testicule.

État de l'appendice. — Lors de la première opération, il était gangrené et avait sphacélé le scrotum.

Observ. 65. — Bradley, 1878.

Hernie inguinale gauche contenant le grêle, le cœcum, l'appendice et le côlon.

Homme de 63 ans, porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale scrotale gauche réduite par un bandage ; un jour elle augmente de volume et devient irréductible.

Lors de l'examen, la tumeur inguinale est douloureuse au palper, moyennement tendue et irréductible. Le malade a des nausées et des vomissements. On porte le diagnostic d'étranglement.

Opération le neuvième jour. — On incise la tumeur puis on ouvre le sac et l'on trouve dans son intérieur une masse énorme d'intestin perforé ayant amené l'issue au dehors des matières stercorales et une péritonite herniaire. On ne peut, d'ailleurs, trouver l'endroit de la perforation.

Le malade meurt douze heures après l'opération.

Autopsie. — On trouve dans le sac le grêle, le côlon, le cœcum et l'appendice. Ce dernier présente ver ssa base une ulcération assez étendue ayant donné issue aux matières stercorales.

Observ. 66. — Weir Robert, 1891.

Hernie de l'appendice.

Symptômes d'étranglement herniaire depuis quelques jours, et au moment de l'examen symptômes de péritonite commençante.

Opération. — On trouve dans la hernie l'appendice accompagné d'une petite partie d'intestin.

Mort par péritonite généralisée.

Autopsie. — Appendice gangrené.

Observ. 67. — Monks, 1890.

Hernie scrotale enflammée.

Garçon de 13 ans. — Pas de renseignements commémoratifs.

Examen clinique. — Gonflement considérable de la moitié droite du scrotum, de la région inguinale et de la paroi abdominale du même côté. La partie gonflée était saillante, rouge, douloureuse au contact, et l'on y percevait de la fluctuation.

L'existence d'un abcès paraissait certaine.

Intervention. — Évacuation de cet abcès par ponction.

Suites. — Persistance d'un cordon allongé s'engageant dans le canal inguinal. On l'excisa quinze jours plus tard, et l'on reconnut qu'il était étranglé au niveau de l'anneau inguinal. En exerçant sur lui des tractions, on amena le cœcum. Ce cordon était l'appendice avec les tissus voisins enflammés. On réséqua toute cette masse, y compris une assez longue portion d'appendice. Réduction du cœcum et suture de l'appendice, dont on ferma la lumière par une suture. Cure radicale.

État de l'appendice. — Dans sa partie excisée, il était enflammé, adhérent, et avait infecté les tissus scrotaux.

Observ. 68. — Perrin, 1890.

Hernie inguinale droite étranglée contenant le cœcum et l'appendice gangrenés.

Étranglement depuis quatre mois.

Au moment de l'examen, hoquet, nausées, vomissements.

Opération le quatrième jour. On trouve dans la hernie le cœcum et l'appendice gangrenés et on doit se contenter d'établir un anus contre nature.

Suites. — Rétablissement des fonctions intestinales par anus artificiel. Mort 10 jours plus tard de tétanos.

Observ. 69. — Hevin, 1842.

Hernie crurale droite.

En ouvrant chez un homme un abcès de l'aine pris pour un abcès par congestion, on constata l'issue d'un liquide stercoral. Il s'établit là une fistule malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. La mort fut rapide.

Le diagnostic était celui de phlegmon herniaire avec l'écoulement d'origine intestinale.

Autopsie. — M. Marnigue, chirurgien du malade reconnut que l'appendice avait glissé sous le ligament de Fallope auquel il était adhérent, qu'il s'y était percé, et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux, pendant que les matières solides avaient continué à passer par l'anus.

Observ. 70. — Bucquoy, 1855.

Hernie crurale droite irréductible du cœcum, de l'appendice et de l'épiploon.

Femme de 29 ans, affectée depuis 5 ans d'une hernie crurale droite ayant augmenté de volume progressivement, malgré le port d'un bandage.

Morte au milieu du syndrome complet de l'étranglement herniaire

Autopsie. — Le sac contient quelques gouttes de sérosité roussâtre et une masse d'epiploon du volume d'un gros œuf de

poule. De plus, ce sac présente en bas et en arrière une loge accessoire séparée de la première par une bride assez résistante formée par la séreuse elle-même. Dans ce prolongement se trouve une portion d'intestin du volume d'un œuf de pigeon, que la présence de l'*appendice* fait reconnaître pour le cœcum. Cet appendice situé en haut et en dehors, se porte directement en passant sous la bride, au milieu de la masse épiploïque. Des *adhérences* intimes et résistantes unissent l'épiploon et le cœcum herniés aux parties profondes. Il existe de plus, dans l'abdomen, deux perforations régulièrement arrondies, siégeant sur l'intestin grêle à 5 centimètres environ de la valvule.

Observ. 71. — C..., *in* Société anatomique, 1887.
Hernie crurale.

Femme de 30 ans. Pas de renseignements cliniques.

Autopsie. — Tumeur ovoïde, volumineuse à grosse extrémité inférieure, occupant la plus grande partie du triangle de Scarpa, mesurant 11 centimètres sur 9 centimètres ; réduction facile, avec gargouillement. Sac adhérent à la peau, très épais, sans adhérences aux vaisseaux ; veines dans l'épaisseur des enveloppes. Pas d'adhérence notable du collet à l'orifice herniaire, sau en avant, adhérence à l'arcade.

Contenu. — Le cœcum avec son *appendice*, le côlon ascendant et un peu de la fin du grêle entraînés par la descente du cœcum, de l'épiploon adhérent au sac. Anneau crural très élargi. L'appendice et le cœcum semblent s'être tordus sur une bride. Laxité du méso-côlon ascendant et des ligaments du cœcum. Au cas où cette laxité serait primitive, elle aurait pu jouer le rôle de cause prédisposante pour la hernie du cœcum.

Observ. 72. — Valerani, 1883.

Se reporter à l'indication bibliographique.

Observ. 73. — Mac Adam Eccles, 1897.

A trouvé accidentellement à l'autopsie d'un homme, une hernie fémorale de l'appendice n'ayant jamais provoqué aucun accident. L'appendice mesurait 7 pouces de long.

Observ. 74. — Richet, 1885.

Hernie crurale droite étranglée.

Homme de 55 ans, atteint de hernie crurale droite étranglée.

Pas d'autres renseignements cliniques.

Opération. — Je fis soulever la peau par un aide, j'incisai le pli dans toute son épaisseur du sommet à la base et lorsque je laissai retomber les téguments, j'aperçus quelques bulles de gaz qui sortaient du fond de la plaie. Cela me parut si singulier que je ne pus d'abord y croire. Ayant alors agrandi mon incision, je vis distinctement sourdre du pus liquide mélangé de gaz, qu'à l'odeur je jugeai être du liquide intestinal. Je disséquai en redoublant de précautions et en quelques coups de bistouri je découvris un cordon cylindrique que je reconnus être l'appendice. Il s'agissait d'une hernie du cœcum sans sac. Après une dissection pénible, je parvins enfin à isoler complètement l'intestin, puis je procédai au débridement. La réduction se fit avec facilité. Je conservai seulement au dehors l'extrémité de l'appendice qui avait été ouverte dans l'étendue de quelques millimètres, et pour plus de précaution je la maintins par un fil.

Suites. — Guérison sans aucun accident.

Observ. 75. — Polosson, 1888.

Hernie crurale étranglée.

Homme de 71 ans. Pas de commémoratifs.

Vieillard cachectique, au teint terreux; mi-délirant. Dans la région iliaque droite au-dessus de l'arcade, tuméfaction fluctuante qui descend à la cuisse dans le triangle de Scarpa au devant des vaisseaux fémoraux.

Opération. — Incision au-dessus de l'arcade; contre-ouverture à la cuisse; il s'en écoule un pus fétide.

Suites. — Mort quelques jours après.

Autopsie. — La collection située au-dessus de l'arcade est intra-péritonéale ; elle est limitée en haut par des adhérences et en un point par le cœcum et son appendice. Celui-ci est gangrené et perforé. La collection du triangle de Scarpa est en continuité de paroi avec la précédente, et il est aisé de reconnaître que c'est un *diverticule péritonéal*, un sac de hernie crurale.

Observ. 76. — Galton, 1902.

Un cas d'appendicite avec appendice logé et adhérent dans le canal fémoral.

Pas de hernie cliniquement appréciable.

Incision inguinale. Guérison.

Observ. 77. — Payen, cas rapporté par Haller.

Hernie ischiatique.

Femme de 50 ans. Pas de commémoratif.

Examen clinique. — Hernie énorme qui partant du périnée descendait jusqu'au milieu du jarret.

Elle offrait à sa partie inférieure une circonférence de une brasse et demie ; son pédicule était circonscrit par la grande lèvre droite, la marge de l'anus et le sommet du coccyx.

Diagnostic. — Hernie ischiatique.

Autopsie. — Le sac herniaire en forme d'entonnoir sortait du bassin par la grande échancrure sciatique et reposait en bas sur le grand ligament sacro-sciatique. Le péritoine était très fortement épaissi et atteignait l'épaisseur du doigt. En ouvrant la hernie on vit qu'elle contenait la plus grande partie de l'intestin grêle, le cœcum et son *appendice* et les côlons jusqu'à la courbure sigmoïde.

Observ. 78. — Pozzi, 1872.

Hernie diaphragmatique gauche congénitale.

Nouveau-né.

Autopsie. — Par la fente diaphragmatique s'engagent une partie du lobe gauche du foie, l'estomac, la rate, une partie de l'intestin grêle, le gros intestin jusqu'au côlon transverse.

Le cœcum et l'appendice sont logés sous la clavicule gauche. Dans ce cas le côlon transverse et ascendant possédait un méso se reliant à celui du grêle.

Observ. 79. — Levi L..., 1893.

Hernie ombilicale comprenant l'appendice, le grêle, l'épiploon.

Femme de 72 ans.

Commémoratifs. — Pas de grossesses. La hernie datant de 27 ans et semblant être consécutive à un effort, a augmenté progressivement sans déterminer aucun trouble.

Examen clinique. — Alternatives de diarrhée et de constipation. Et depuis quelque temps, appétit diminué, diarrhée constante, urines peu abondantes. Troubles cardiaques. Mort en asystolie.

Diagnostic. — Hernie ombilicale ancienne et affection cardiaque.

Autopsie — L'appendicefait partie de la hernie. Le cœcum à cheval sur l'orifice a été entraîné vers la ligne médiane ; ses ligaments sont tendus. La hérnie est volumineuse; elle est ombilicale vraie; elle s'est faite par la partie supérieure et inférieur de l'orifice.

L'ouverture postérieure a une forme circulaire, présente un bord mince et laisse passer facilement trois doigts.

C'est le collet du *sac* par où entrent et sortent les anses intestinales. Comme contenu on trouve *l'appendice*, le grêle, et de l'épiploon adhérent au sac. L'intestin présente de haut en bas des portions libres, d'autres adhérentes.

CONCLUSIONS

Les données établies par Morgagni et ses disciples concernant la hernie de l'appendice se résument aux propositions suivantes :

I°. — L'*appendicocèle* est une affection rare. Il comporte cinq variétés : inguinale, crurale, ischiatique, diaphragmatique et ombilicale.

Il s'explique parfois par congénitalité et adhérence de l'appendice au testicule, celui-ci agissant alors comme remorqueur.

Il est remarquable, anatomiquement, par l'absence de sac ; cliniquement, par des accidents phlegmoneux ou gangreneux dus à un étranglement vrai. Mais il n'est diagnostiquable ni avant, ni après ces accidents, confondu qu'il est dans la scène clinique avec les hernies banales compliquées ou non.

Il est de pronostic grave à cause de l'étranglement possible et fréquent qui mène à la mort.

Enfin, thérapeutiquement, il est justiciable du taxis en l'absence d'accidents ; de l'abstention ou de l'éva-

cuation sanglante par ponction séton ou dissection, en cas d'inflammation ; de kélotomie sans réduction en cas d'étranglement ; autant de modalités diverses de traitement qui ont abouti presque constamment à la mort. L'action chirurgicale *post mortem* à l'heure de la nécropsie permit d'étudier l'affection dans ses détails anatomiques.

II°. — *L'appendicocèle inguinal* est la variété la plus commune. Il est fréquent surtout chez l'homme, siégeant ordinairement à droite, rencontré le plus souvent avant l'âge de 10 ans, généralement congénital et dû à une symphyse appendiculo-testiculaire. Anatomiquement il est dépourvu de sac, constitué par l'appendice seul ou avec le cœcum, le grêle, ou l'épiploon ; mais en règle l'appendice reste en rapport direct avec le tissu cellulaire iliaque ou scrotal ; l'appendice dans sa descente passe par trois stades ; constamment on l'a trouvé enflammé, sphacélé ou perforé.

Cliniquement, il n'a jamais été reconnu. Pendant la phase des complications, les symptômes d'étranglement sont incomplets, comme dans le pincement latéral ou l'épiploïte herniaire ; il n'y a pas de vomissements fécaloïdes, sauf s'il y a coïncidence d'une incarcération portant sur une anse grêle.

Le pronostic est très grave ; la mort, à un moment donné, survient par péritonite ; et les cas heureux se terminent par anus contre nature, ou fistule persistante.

Le traitement n'a donné que des insuccès, soit qu'il s'agisse de la réduction par taxis, suivie de l'applica-

tion d'un bandage, ou de l'abstention avec glace et sangsues, ou de l'évacuation par dissection, ou enfin de la kélotomie avec ou sans débridement, et sans suture ni réunion.

III°. — *L'appendicocèle crural* est plus rare. Il s'observe indifféremment dans les deux sexes. Il survient à droite chez des malades âgés de plus de 25 ans. C'est une affection acquise. La hernie, également extra-sacculaire, contient l'appendice isolé ou accompagné du cœcum, de l'iléon ou de l'épiploon. L'appendice a toujours été trouvé enflammé, ou perforé, avec présence de pus dans le voisinage.

Cliniquement on retrouve les mêmes modalités que dans la variété inguinale, c'est-à-dire l'absence d'accidents, ou le phlegmon, ou l'étranglement ; mais en aucun cas le diagnostic de hernie de l'appendice n'a été porté. Le pronostic est très sombre, le traitement par taxis et bandage, par abstention et sangsues, par kélotomie sans réunion a donné une guérison (kélotomie).

IV°. — *L'appendicocèle ischiatique, le diaphragmatique et l'ombilical* n'ont pas d'histoire, n'ayant été observés qu'une seule fois chacun, comme trouvaille d'autopsie.

A remarquer qu'ici l'appendice n'était pas seul, et était contenu dans un sac herniaire à l'inverse de ce qui a été spécifié à propos des autres variétés.

V°. — La méthode opératoire mise en œuvre peut, malgré ses résultats précaires, trouver aujourd'hui encore ses applications : il est bien certain qu'en pré-

sence d'un appendicocèle phlegmoneux sphacélique, il n'y a, même à l'heure présente, rien de mieux à faire peut-être que d'inciser. Toutefois cette méthode doit être appelée, espérons-le, à disparaître complètement : quand les malades seront vus plus tôt, quand l'intervention aura lieu au premier instant des complications, et mieux encore avant l'éclosion de toute complication. Elle doit, en un mot, être appelée à céder le pas définitivement, sans conteste, à l'appendicectomie précoce, et peut-être même à l'appendicectomie préventive.

Vu : le Président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

§ I. — Hernies, appendiculaires inguinales.

A). — *Cas non opérés, études nécropsiques ou sur pièces sèches.*

Italie

MORGAGNI. — Opera omnia, 1762.

Hollande

SANDIFORT. — Icones herniæ inguinalis congenitæ, Leyde, 1781, p. 173.

CAMPER (d'Amsterdam). — 1762, in HEDRICH. Etude sur la hernie du cœcum à gauche, *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1889.

Allemagne

HESSELBACH. — Cas observé vers 1805, et rapporté par MERLING. Fr. Sistens processus vermiformis, anatomiam pathologicam, Dissert.. Heidelberg, 1836.

FLEISCHMANN. — Cas observé vers 1805 et rapporté par MERLING Fr.

SŒMMERING. — Cas observé vers 1805 et rapporté par MERLING. Fr.

TRISCHLER. — Cinq cas, in dissert. inaug. Tubingue, 1806.

AMYAND. — Deux cas, rapportés par TRISCHLER, 1806.

BONN. — Deux cas, Tabul. anat. chirurg. édit à Sandifort. Leipzig 1828, p. 23, comp. tab. XII°.

TIEDMANN. — Cas rapporté par MERLING. Fr., 1836.

Geissler. — Zeitschrift fur med. chir. und Geburtshülfe, 1867.
Bardeleben. — Cinq cas. Travail sur les hernies du cœcum, 1875.
Pfister. — 1883, in Hedrich. Etude sur la hernie du cœcum à gauche. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1889.
Arx. — Correspondenzblatt fur Schweizer Aertze, 1886, Nr 23. p. 652.
Jackle F. — Cas n. 6 in Dissert. inaug. Marbourg, 1888.
Hugel. — Hernie inguinale gauche, 1898.

France

Cloquet. — Catalogue du musée Dupuytren, n. 233, 1816.
Cruveilhier. — Catalogue du musée Dupuytren, n. 237.
X... — Cas rapporté sans nom d'auteur par Cruveilhier, catalogue du musée Dupuytren, n. 267.
Verdier. — Traité des hernies, 1840.
Malgaigne. — Mémoire sur les étranglements. Observation III, 1841.
Muron. — Société anatomique, 1869.
Féré Ch. — Deux cas. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.
R... — Cas rapporté par Merigot de Treigny in thèse, Paris. 1887 Observation VIII.
Guillet. — Société anatomique, avril 1887.
Chipault. — Société anatomique, 1891.
Dujarier et Castaigne. — Société anatomique, 1899.
Leplay. — Trois cas, Société anatomique, avril 1904.

Angleterre

X... — Cas observé le 10 février 1835 et rapporté sans nom d'auteur dans le *Journal de médecine de Dublin*, 1841
Schaw. — Cas observé en 1845 et rapporté par Thurnam in *Prov. med. and. surg. journal*, 1848, p. 477.
Thurnam. — *Prov. Méd. and surg. Journal*, 1848, p. 477.
Morgan. — Hernie de l'appendice. — Trans. pathol. Soc. of. London, XXV, 107, 1874.
B. — *Cas traités par l'incision ou la kelotomie* (sans réduction).

Allemagne.

Schwenke. — Diss. Leipsiz, 1805. cas rapporté par Merling Fr. 1836.

Schull. — Cas rapporté par Pistory, hernie inguinale étranglée contenant l'appendice, clinique allemande de Berlin. II, p. 416, 1850.

Spengler. — Deutsche Klinik, 1851, nr. 38, p. 402.

Lehmann. — In Varge's Zeitschrift, II, p. 12. 1862.

Niche Al. 3 cas, *in* Dissertation inaugurale, Marbourg, 1892.

Italie.

X,.. — Cas rapporté sans nom d'auteur par Scarpa, *in* Traité des hernies. p. 190. et *in* Méd. observationes. T. III, p. 64, 1812.

Taramelli T. (de Milan). — Annali universali di medicina, 1833.

Rubino A. — Un cas de hernie inguinale du cœcum et de l'appendice Kelotomie. Sicilia médica, nos 11 et 12, 1889.

France

Charyau. — *Journal de médecine de Nantes*, 10 mars 1837.

X... — Cas rapporté sans nom d'auteur par Malgaigne, in Mémoire sur les étranglements, 1841. Paris.

Guersant (fils). — *Gazette des Hôpitaux*, p. 314, 1841.

Manec. — Cas rapporté par Beaumetz, in *Gazette des hôpitaux* 1859.

Gangolphe. — Hernie inguinale enflammée, *Lyon médical*, 17 juin 1892.

Polosson. — In thèse de Charnoy, Lyon, 1894.

Blum. — 1895, in Archives générales de médecine, 1898.

Delarabrie. — Hernie inguinale droite étranglée contenant l'appendice sphacélé, in thèse de Briançon, Paris, 1896.

X... — Cas rapporté sans nom d'auteur, in thèse de Briançon, Paris 1896.

Gross. — Société de médecine de Nancy ; 1900.

M... — Société de chirurgie, 1902.

Angleterre

Braddley. — Hernie inguinale gauche. *Méd. Times and gazette.* E. T. 1878.

Amérique

Weir R. — Cas rapporté par Swasey Edw, in *Médical Record.* XIXe. 706, 1881

Monks. — In *Boston médical and surgical. Journal*, p. 543, 1890.

Suisse

PERRIN (fils). — Hernie inguinale droite étranglée. *Revue medicale de la Suisse Romande*, 1890.

§ II. — Hernies appendiculaires crurales.

A). — *Cas non opérés, études nécropsiques.*

France

HEVIN. — Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, 1780.

BUCQUOY. — Société anatomique, 1855.

C.., — Société anatomique, 1887.

Italie

VALERANI. — Ernia crurale dell appendix. Osservatore Torino, XIX, page 545, 1883.

Angleterre

MAC ADAM ECCLES.— Clinical Society of London, mai, 97.

B). — *Cas traités par incision ou kélotomie sans réduction.*

France

RICHET. — Anatomie chirurgicale, page 592, édit. de 1885.

POLOSSON. — Cas observé en 1888, rapporté dans un mémoire de l'auteur sur l'Étranglement de l'appendice, *in* Lyon médical, mai 1893 et in thèse de CHARNOY, Lyon, 1894.

Angleterre

GALTON. — Abcès fémoral dans lequel à l'incision inguinale on trouva l'appendice enflammé. The Laucet, p. 268, mars 1902.

§ III. — Hernies appendiculaires : ischiatique, diaphragmatique ombilicale.

Suisse

PAYEN. — Cas rapporté par HALLER in Disputationes chirurgical, T. III, p. 313.

France

POZZI. — Hernie diaphragmatique chez un nouveau-né. Société anatomique. 1872.

LEVI L. — Hernie ombilicale chez une femme. Société anatomique, 17 mars 1893.

Travaux d'ensemble sur l'appendicocèle.

KLEIN. — Ueber die aüssere Brüche des processus vermiformis Inaug. dissert. Giessen 1868.

BRIEGER. — Die hernien des processus vermiformis archiv. Klinis. Chirurgie 1883.

LONGUET. — De l'appendicocèle d'après les Morgagniens. Progrès médical, 1906.

Nota. — PELLETAN, RICHTER, BERTRANDI, LAWRENCE, HEY, TRAVERS, COOPER, WHARTON, BENEVOLI, ROSSIMUS, BREADEL, POTT, ne mentionnent aucun cas de hernie de l'appendice.

Impr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE